

様式第4号(第6条関係)

決裁処理欄	決裁権者				担 当	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						支 給	年 月 日
	診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	支給額合計			
				円			
	入院時食事療養標準 円×食＝円	(市町村民税非課税) 円×食＝円	(非課税で入院91日目以降) 円×食＝円				

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

横瀬町長 富田能成様
 申請者住所 横瀬町大字(横瀬・芦ヶ久保)
 (受給資格者)氏名 (印)
 電話 ()
 下記のとおり、医療費の支給を申請します。
 記

対象児	受給資格証 記号番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	フリガナ 氏名			市町村民税の 状 況	課税・非課税
	生年月日	平令 年 月 日		記号・番号	
				名 称	Tel

(注) 上部支給申請書欄は、申請者(受給資格者)が記入してください。

領 収 書	入院 日	外 来
¥ _____		
ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。) _____ 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。 _____		
保険診療総点数	点	他法負担分点数
入院時食事療養標準負担額		
¥ _____	(算定食数 食)	
年 月 日		
様	医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名	
	(印)	

- (注) 1 下部領収書欄は医療機関等で記入してください。(入院・外来を表示してください。)
 2 他法負担分点数欄は、他法公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 3 この申請書を横瀬町に提出するときは、印鑑・保険証も持参してください。